



MINISTERIO DE SALUD-DIRECCIÓN NACIONAL DE FARMACIA Y DROGAS
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA
Formulario de Sospechas de Reacciones Adversas
FORMULARIO CONFIDENCIAL – PACIENTES/CONSUMIDORES



1. Datos importantes: Nombre _____ Cédula _____ Edad _____ Sexo _____

Peso _____ Estatura _____

Marque la que corresponda.

Alergias, Si A qué _____ No
 Embarazo, Si Semanas _____ No
 Alcohol: Si No
 Drogas: Si No
 Fuma: Si No

Problemas del Hígado: Si No
 Problemas del Riñón: Si No
 Problemas del Corazón: Si No
 Diabetes: Si No
 Presión alta: Si No
 Otros: _____

2. Medicamento Sospechoso que produjo el efecto no deseado	Presentación: Inyectable, tableta, jarabe, crema, gotas orales, óvulos o tabletas vaginales, spray, gotas para ojos, líquidos.	Cantidad de medicamento que toma por día, semana o mes	Fecha en que inicia con el medicamento (día/mes/año)	Para que se lo indicó el médico o para que lo usó

3. Efectos no deseados (Ej. Dolor de cabeza, mareos, etc.)	Requirió atención en urgencia		Requirió que se hospitalizara		Tiempo pasado entre el consumo del medicamento e inicio de los efectos no deseados
	SI	NO	SI	NO	
					_____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/>
					_____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/>
					_____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/>
					_____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/>
					_____ minutos <input type="checkbox"/> , horas <input type="checkbox"/> , días <input type="checkbox"/> , semanas <input type="checkbox"/> , meses o más <input type="checkbox"/>

¿Con qué bebida toma usted sus medicamentos?

Agua Jugo de Frutas ¿Cuál? _____ Leche Café Té
 Otros: _____

Toma usted sus medicamentos:

- Antes de las comidas
- Durante las comidas
- Después de las comidas

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA REPORTES DE SOSPECHA DE
REACCIONES ADVERSAS
POR EL USO DE MEDICAMENTOS
Droguería Ramón González Revilla.

1-Datos importantes.

Fecha:

Nombre del Paciente:

Cédula:

Dirección:

Teléfonos:

Correo electrónico:

Edad:

Sexo:

Usted luego de realizar el reporte, está de acuerdo que la información
facilitada, pueda ser utilizada por el Laboratorio Fabricante del producto:

sí _____ NO _____

Usted está de acuerdo que el Laboratorio Fabricante del Producto lo
contacte:

sí _____ NO _____

Desea agregar algún comentario:

Gracias por su reporte